

# トレーシングレポート（服薬情報提供書）

報告日：令和 年 月 日 情報確認日：令和 年 月 日

医療機関名： 担当医： 科 先生	保険薬局名 所在地
患者氏名： 様 (患者ID： )	TEL FAX
生年月日：大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)	薬剤師氏名

[ 処方箋交付日：令和 年 月 日 ] [ 調剤年月日：令和 年 月 日 ]

平素より大変お世話になっております。

以下の通り、ご報告いたしますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

情報分類	<input type="checkbox"/> ポリファーマシー	<input type="checkbox"/> 副作用の疑い
	<input type="checkbox"/> 服薬状況（アドヒアランス、残薬報告）	<input type="checkbox"/> 服薬フォローアップ
	<input type="checkbox"/> 重複・相互作用・併用薬剤	
	<input type="checkbox"/> その他（ )	

※上記についての詳細または薬剤師からの提案事項

※ 返信欄（病院記載）

- |                                                     |                                               |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 内容を確認しました。ご報告、ありがとうございました。 | <input type="checkbox"/> 変更を検討します。            |
| <input type="checkbox"/> 現状のまま継続し、経過観察します。          | <input type="checkbox"/> 提案内容を考慮し、以下の通り対応します。 |